

---

EL AMA DE CASA "MODERNA". LOS MENSAJES DE LA  
POLÍTICA SANITARIA EN LOS PRIMEROS GOBIERNOS  
PERONISTAS.

THE "MODERN" HOUSEWIFE. THE MESSAGES OF  
SANITARY POLITIC IN THE FIRST PERONISTA  
GOVERNMENTS.

*María José Billorou*  
*Instituto Interdisciplinario de Estudios de la Mujer*  
*Facultad de Ciencias Humanas, UNLPam.*

**Resumen**

La política sanitaria que el Estado emprendió durante los primeros gobiernos peronistas instituyó acciones novedosas a partir del establecimiento de nuevos objetivos, que sin duda nos remiten a las relaciones entre el Estado y la sociedad civil que caracterizó a la Argentina en los años 40.

Uno de los objetivos centrales de la política sanitaria peronista, fue la organización de actividades tendientes a la prevención de enfermedades y difusión de los principios de higiene. Analizaremos especialmente los mensajes elaborados hacia las mujeres en tanto amas de casas responsables de la salud familiar, concepción que se adaptó a los nuevos deberes de las mujeres en tanto ciudadanas.

La construcción y transmisión de este imaginario buscó amortiguar los cambios que trajo la incorporación de la mujer al mundo del trabajo y solucionar las tensiones que esta participación provocó en el ámbito familiar. La dimensión de madres y amas de casa, responsables "naturales" de la salud familiar, fue revalorizada y normatizada a su vez para poder cumplir con las obligaciones que el Estado les imponía. La ciudadanía política, consolidó este proceso que se transformó en el sustento que la legitimó.

**Palabras claves:** estado - peronismo - salud - imaginario.

**Abstract**

The sanitary policy that the State carried on in the early periods of the peronista governments, instituted new measures as a consequence of the establishment of new objectives which -undoubtedly- remind us of the relationship existing between the state and civil society which characterized Argentina in 1940's.

One of the central objectives of the peronista sanitary policy was the organization of measures that focused on the prevention of diseases and the dissemination of knowledge on the principles hygiene. We focus on the messages elaborated for women in their condition of housewives responsible for family health -a conception that was adapted to the new duties of women as citizens-.

The construction and transmission of this imaginary tried to lessen the changes brought about by the entrance of women into the world of work and also tried to solve the tensions that this participation caused in the familiar context.

The condition of mother and housewife -the person «naturally» responsible for the health of the family was given new importance and was also transformed into a norm in order for women to be able to fulfill the obligations the state imposed on them. Enfranchisement consolidated the concept of modern housewife which became its legitimate basis.

**Key words:** state - peronismo - health - imaginary.

La política sanitaria que el Estado emprendió durante los primeros gobiernos peronistas instituyó acciones novedosas a partir del establecimiento de nuevos objetivos, que sin duda nos remiten a las relaciones entre el Estado y la sociedad civil que caracterizó a la Argentina en los años 40.

Uno de los objetivos centrales de la política sanitaria peronista, fue la organización de actividades tendientes a la prevención de enfermedades y difusión de los principios de higiene. Analizaremos especialmente los mensajes elaborados hacia las mujeres en tanto amas de casas responsables de la salud familiar, concepción que se adaptó a los nuevos deberes de las mujeres en tanto ciudadanas.

El Estado a través de un discurso contundente y de la implementación de una serie de políticas sanitarias forjó representaciones, aparentemente nuevas, acerca de la mujer inculcándoles prácticas de vida vinculadas directamente a los objetivos del gobierno peronista. Este discurso para el ama de casa, se basó en el ideal de la domesticidad redefinido a la luz de los conceptos de la ciencia doméstica.

Estas representaciones en gran medida intentaron consolidar y propagar una identidad de género. De esta manera, la difusión de un imaginario colectivo popular resultó un mecanismo eficaz de reforzamiento de códigos de conducta y modelos de masculinidad y feminidad. En gran medida, los modelos transmitidos en el discurso de género a través de la representación simbólica de las mujeres se transformaron en una manifestación decisiva de control social informal que buscó canalizar y mantener a las

mujeres en sus roles tradicionales. Esto no significó que las imágenes y las representaciones culturales reflejaran el complejo universo femenino ni tampoco la globalidad de los valores culturales vigentes. El discurso de género y las representaciones simbólicas no se convirtieron tampoco necesariamente en un espejo de la realidad. Sin embargo, las representaciones culturales nos develan el conjunto de ideas frente al cual las mujeres tenían que medir su conducta y el significado de sus exigencias, desafíos o acatamiento frente a los modelos de género impuestos por la sociedad. (Nash, 1999:90-91).

La construcción y transmisión de este imaginario buscó amortiguar los cambios que trajo la incorporación de la mujer al mundo del trabajo y solucionar las tensiones que esta participación provocó en el ámbito familiar. La dimensión de madres y amas de casa, responsables "naturales" de la salud familiar, fue revalorizada y normatizada a su vez para poder cumplir con las obligaciones que el Estado les imponía. La ciudadanía política, consolidó este proceso que se transformó en el sustento que la legitimó.

### **El estado y la salud : la política sanitaria peronista**

La configuración y los alcances de las políticas de salud varían conforme al modelo de sociedad que procuran implementar los diferentes sectores gobernantes. (Belmartino-Bloch, 1980:6) El peronismo presentó alternativas al modelo anterior, alternativas que encuentran su punto de origen en los cambios que vivió el papel del Estado argentino a partir de la crisis mundial de 1930. Así el Estado asumió nuevos roles- regulador, interventor, planificador (empresarial y social)- para contribuir al funcionamiento del nuevo modelo de desarrollo hacia adentro, cuyo motor era el mercado interno. (Gaggero-Garro, 1997:1) El gobierno peronista se caracterizó por un fuerte impulso a la participación del Estado en la dirección y regulación de la economía, situación iniciada bajo los gobiernos conservadores que el peronismo profundizó y extendió. La nacionalización de la economía y su control por el Estado junto al mantenimiento del empleo y la elevación del nivel de vida de los trabajadores fueron claves de este proceso. Así, se entremezclaban la economía con la política porque la justicia social sirvió para el sostenimiento del mercado interno. (Romero, 1994: 144-145)

De esta manera, el Estado fue el encargado de diseñar, supervisar y centralizar la política social que defendió en sus inicios el principio de homogeneidad, después de la crisis de 1949 debido a su alto costo, este debió ser reformulado. En el área de salud, esta reformulación confluyó con

necesidades políticas, de esta manera, la atención sanitaria siguió manteniendo su carácter sectorial y así respondió tanto a las demandas de aquellos sectores sindicalizados como de las instituciones privadas (Gaggero-Garro, 1997).

Más allá de las limitaciones enumeradas, dentro de las funciones estatales se presentó la atención de la salud de la población. El poder político, se constituyó, como instancia de estructuración, de regulación, de coordinación y de control de la sociedad. Así, lo político definió y delimitó aquello que, históricamente concierne a lo público o a lo privado. (Farge 1991: 98) La salud, tradicionalmente establecida dentro del ámbito privado como carga individual, se convirtió en responsabilidad del Estado. Esta responsabilidad se vinculó claramente con la concepción de la comunidad como sustento del desarrollo individual. La vida humana fue considerada tanto un factor económico, capaz con su trabajo de mantener y enriquecer la economía nacional, como un factor político central para sustentar y llevar adelante el proyecto peronista.

A partir de esta valoración, el estado, amplió su esfera de acción en este campo, la puesta en práctica de las acciones pertinentes constituyó una de las nuevas funciones atribuidas al estado moderno. (Belmartino-Bloch, 1980:15) Las políticas sociales, entonces, confluían con las políticas sanitarias y ambas se transformaban en clara responsabilidad del Estado.

### **La Medicina Social: la labor de la Dirección de Cultura Sanitaria**

Esta concepción convirtió a la Medicina Social en un instrumento prioritario, cuyo radio de acción se extendió más allá de lo planteado por las políticas sanitarias hasta ese momento. El ámbito prioritario de la medicina social lo constituyó la sociedad, para lograr realizar plenamente el concepto de salud, sostenido por el peronismo. De esta manera, se demostraba las diferencias con los gobiernos anteriores.

La prevención se transformó en el instrumento central de la medicina y de esta manera las políticas sociales y sanitarias tuvieron los mismos propósitos y persiguieron fines similares. Estas ideas se reforzaron claramente en los enunciados del Segundo Plan Quinquenal, al exponer como los objetivos de la Medicina Social: la higiene del trabajo, la vivienda, la alimentación, el deporte y "la elevación progresiva de la cultura social en estas materias de fundamental incidencia sobre el bienestar común". Así, se establecieron las bases de la acción social en materia de Salud Pública, entre ellas la elevación de la cultura sanitaria general del Pueblo y la puesta en ejecución de todas las medidas adecuadas de la profilaxis y de la medicina

preventiva.<sup>2</sup>

Para el logro de este último se convirtió en necesario que, la acción educativa sanitaria cambiara sus tradicionales lineamientos y ampliara sus esferas de acción.

La Dirección de Cultura Sanitaria, fue el organismo dependiente del Ministerio de Salud Pública, que centralizó la labor educativa sanitaria, respaldado en la ley N°13.039. Esta declaró obligatoria la enseñanza y difusión de los principios en todos los medios del país, y especificó que el Ministerio de Salud Pública debía ser el responsable de su cumplimiento.

Así, dentro de la estructura sanitaria establecida, se impulsaron y reafirmaron las tareas tendientes a la divulgación. Todos los centros de salud (más allá de su categoría)<sup>3</sup> contaron entre sus servicios especiales con el de educación sanitaria. Estos servicios organizaban desde actos públicos, conferencias, proyección de películas y exposiciones hasta la distribución de material escrito (afiches, cartillas, folletos) y difusión de consejos sanitarios breves en las salas de esperas por medio de altavoces.<sup>4</sup>

Estas actividades formaban parte de una estrategia educativa de masas que se centró en acciones predominantemente no escolarizadas paralelas a su accionar en el sistema educativo tradicional. (Cuccuza, 1997:21). Aunque algunas de estas funciones se desarrollaron, en parte, fuera del sistema educativo formal, adquirieron rasgos de este último; así la creación de una exposición permanente<sup>5</sup> en las instalaciones de la Dirección como del "Museo de la Salud"<sup>6</sup>, la entronización de la Bandera Nacional, en el marco de la organización de un acto patriótico<sup>7</sup> como el funcionamiento de la Agencia de la Caja de Ahorro Postal en sus instalaciones<sup>8</sup> no difirieron de las actividades organizadas por las escuelas en el mismo período. Entonces, a pesar de su desarrollo al margen de las instituciones educativas formales, tendieron en cierta medida a escolarizarse.

La novedad de las iniciativas de la Dirección puede analizarse a través de la organización de diferentes eventos: el Primer Congreso Argentino de Educación Sanitaria para coordinar las tareas de difusión<sup>9</sup>, las Misiones de Propaganda en diferentes ciudades del interior del país, la Semana por la Salud del Trabajador y las Primeras Jornadas de Educación Sanitaria Industrial, entre otras.

La labor de propaganda encontró un canal privilegiado en la organización de cursos: Cursos de Verano de Educación Sanitaria, especialmente dedicados a maestros, Plan de educación sanitaria para inspectores municipales de alimentación y manipuladores de alimentos, los Cursos de Divulgadores Sanitarios y de Auxiliares Sanitarios, orientados al personal del Ministerio. Esta tarea se complementó con el Instituto Superior de Cul-



tura Médica, institución especialmente creada para el perfeccionamiento del personal sanitario.<sup>10</sup>

La Dirección de Cultura Sanitaria transformó, a través de su accionar a los medios de comunicación en instrumentos centrales de la educación sanitaria popular. Gran parte de los esfuerzos de la Dirección de Cultura Sanitaria se congregaron en centralizar y controlar tanto las publicaciones sanitarias como los mensajes acerca de la salud emitidos por los medios de comunicación.

En esta difusión adquirieron un papel central; la producción de audiciones de radio tanto en la Capital como el interior, la exposición de carteles luminosos con consejos sanitarios en los cines<sup>11</sup>, la exhibición de películas tanto en las campañas sanitarias como en el cine y la televisión, tales como: "La Rabia", "Un enemigo de la salud: la mosca", "Realizar", "Vale más", "El talismán de la salud: la leche", "Un buen amigo"<sup>12</sup>.

Para cumplir eficazmente con su misión, estos nuevos instrumentos debieron ser vigilados y supervisados constantemente. Esta situación respondía a los objetivos específicos de la política sanitaria ya que el estado, entonces, era el garante de la sanidad general de la sociedad y quien debía ejercer su vigilancia para resguardarla.

Este control estatal sobre los medios de comunicación masivos respondió a uno de las principales líneas de acción del gobierno peronista. De esta manera, los medios de comunicación, que vivieron durante el período un crecimiento marcado, fueron utilizados en forma sistemática como elementos de propaganda masiva de la política peronista.

La Dirección de Cultura Sanitaria, fue el organismo dentro del Ministerio de Salud Pública, encargado de difundir los logros sanitarios alcanzados gracias al presidente Perón.

### **Las mujeres como destinatarias de la Dirección de Cultura Sanitaria**

La Dirección de Cultura Sanitaria, elaboró instrumentos que persiguieran tanto la difusión de la conciencia sanitaria popular como la política sanitaria peronista. Estos no se elaboraron exclusivamente para un sector de la población sino que, como se observa por lo planteado anteriormente, se destinaron a la totalidad de la población.

Sin embargo la mujer, se transformó en una destinataria central de sus acciones a partir tanto de sus funciones tradicionales y "naturales" de madre y ama de casa. El discurso de la domesticidad, vigente desde el siglo XIX, (Nash, 1995) incluyó la responsabilidad de la salud familiar como un elemento inherente a la misión sagrada femenina del sustento de su familia

y la gerencia capaz y eficiente del hogar. Así, la salud familiar se convirtió en una más de las tareas domésticas cuya obligación recayó sobre las mujeres en tanto madres y esposas garantes claves del funcionamiento familiar. En tanto la salud era requisito esencial para la supervivencia de la familia, su función y valor para la prosperidad económica de esta unidad era central.

Pero no sólo con relación a esta identidad tradicional las mujeres se transformaron en elementos primordiales para la puesta en práctica de las acciones sanitarias que tenían como objeto la prevención y la difusión de la conciencia sanitaria. Su incorporación como trabajadoras estatales en tanto enfermeras, visitadoras sociales, dietistas y maestras les permitió además ejercer el rol de agentes sanitarias encargadas de llevar adelante en gran medida privilegiadamente estas acciones. Esta incorporación, realizada desde principios del siglo XX, se legitimó a través una redefinición del cometido social de la maternidad en cuanto bien social. El deber femenino de la maternidad se definió más allá de la propia maternidad biológica para abarcar una maternidad social ya que se entendía que todas las mujeres eran madres en potencia. Así, la "potencia maternal" definió la maternidad social a partir de la proyección a la sociedad de los recursos y atenciones maternas de las mujeres. (Nash, 1995a:203). Paralelamente, esta "maternidad social" permitió la proyección a la sociedad de los recursos y atenciones maternas de las mujeres, configurando, de esta manera, una función pública femenina de índole asistencial. (Nash, 1994: 163).

La política sanitaria peronista redefinió estos roles a través de la ampliación de sus funciones, la responsabilidad en la gestión de los problemas de salud-enfermedad, y la profesionalización de sus tareas. De esta manera, una nueva capacitación se convirtió en requisito indispensable para ejercer estas ocupaciones. Así se realizó una resignificación de las cualidades que tradicionalmente se habían adjudicado al género femenino. Esta adecuación fue la respuesta a las demandas de la sociedad y del Estado que necesitó adaptar el rol de género a las nuevas exigencias sociales y laborales, sin transformar ni desafiar la definición de la identidad personal y cultural de la mujer a partir de la maternidad. Si se estableció, a partir de la premisa de un status social igual desde la diferencia, el cometido social diferente y complementario de la mujer. (Nash, 1995a:202).

Las mujeres trabajaron supervisadas y controladas por los médicos y los poderes de decisión se mantuvieron en manos masculinas. Sin embargo, también puede visualizarse que tanto visitadoras, como enfermeras y asistentes sociales concretaron el rechazo a la ecuación tradicional entre diferencia e inferioridad femenina, a favor de una concepción que sostenía la

complementariedad de los sexos y su valor semejante. (Bock y Thane, 1991). El Estado y el médico necesitaron de estas mujeres que no sólo ejecutaban tareas sino que por su sola presencia amortiguaban el dolor y el sufrimiento y vinculaban los servicios sanitarios con los hogares. (Di Liscia, Rodríguez y Billorou: 1998).

### **La Nueva Ama de Casa: la Mujer Moderna**

Así, el ama de casa, se transformó en una receptora privilegiada de las acciones tendientes a lograr los objetivos de la medicina social peronista. Sin embargo el lugar central de esta estrategia lo tuvo la mujer en tanto madre. Aunque ambos aspectos -madre y ama de casa- aparecieron indisolublemente unidos a la identidad femenina construida en torno al discurso de la domesticidad desde el siglo XIX, ya analizamos como la maternidad se transformó en un tópico central de la redefinición de la identidad femenina. En el período peronista, además, esta redefinición estuvo acompañada por el objetivo económico y político de aumentar la población a partir de la consideración de la importancia de la vida humana que hemos señalado. De esta manera, la política sanitaria encauzó varios objetivos simultáneos en la protección, cuidado, fomento y normatización de la maternidad. (Di Liscia, 1999) El peronismo recogió y reforzó dentro de su proyecto sanitario ideas centrales de la medicina del siglo XIX, tanto las que sostenían una construcción médica de la maternidad y condujeron a su medicalización (Nari, 1995). Como una concepción eugenésica preventiva que definió a la familia y dentro de ella fundamentalmente a la madre-mujer, como los ejes de control social y vehículo de regeneración social y de identidad nacional.

Por lo tanto, nuestro interés se centrará en las medidas utilizadas por la política sanitaria destinadas al ama de casa, en tanto responsable de la salud familiar y por lo tanto destinataria y agente de los objetivos de la medicina social. Esta atención se inscribía dentro de una amplia línea de acción elaborada por la Dirección de Cultura Sanitaria cuyo objetivo apuntaba a la mujer como organizadora de la economía y el consumo familiar.

Desde inicios del siglo, el hogar y las tareas desarrolladas en su seno, fueron objeto de análisis y redefiniciones. Las tendencias a racionalizar el trabajo del hogar se denominaron ingeniería o economía doméstica. Hacia principios y mediados de este siglo las obras de Catherine Beecher, Lilian Gilbreth y Christine Frederick analizaron y difundieron la idea de otro tipo de confort, el que estaba en función de la practicidad y de la eficiencia en el trabajo. El objetivo era el ahorro de tiempo y de esfuerzo. En esta



racionalización el uso del espacio cumple un rol central. Se estudiaron científicamente los movimientos que se debían efectuar para la realización de las diferentes tareas domésticas. Así se "enseñó" a generaciones y generaciones de amas de casa cómo hacer más eficiente su labor. (Franco-Pulido, 1997:121). De esta manera se agregaba el elemento intelectual al trabajo doméstico.

Paralelamente, este proceso se vio favorecido por el avance tecnológico que permitió la aparición de productos que facilitaron sus tareas: cocinas a gas de kerosene, a gas natural o envasado, encendedoras, lavarropas con rodillos automáticos, heladeras a hielo y eléctricas, planchas eléctricas, licuadoras y batidoras. Estos aparatos domésticos, presentados como elementos "que ahorran trabajo" sirvieron más para aumentar las exigencias en materia de limpieza y orden -y estimular a las amas de casa a satisfacerlas- que para quitar horas a las faenas domésticas. Sin duda, aumentaron la comodidad y la eficacia del trabajo doméstico de la mujer, pero éste no dejó por ello de ser un trabajo de jornada completa. (Cott, 1993:102).

La adopción de estos aparatos domésticos significó tanto una redefinición de las tareas como del rol de ama de casa, por lo tanto no fue un proceso en el cual no se encontraran resistencias. En la Argentina, los célebres clubes de cocina barriales dirigidos por Petrona C. de Gandulfo durante la década del treinta tendientes a demostrar las ventajas de las cocinas a gas (Bianchi: 1988) ejemplifican las dificultades a las que se afrontó esta difusión.

La política sanitaria peronista, presentó a los aparatos domésticos como un medio eficiente para proteger la salud de la familia. En una publicación de distribución, el Libro de la Salud, elaborada por la Dirección de Cultura Sanitaria se presentaba las ventajas de la heladera mecánica:

*"Son conocidos los inconvenientes que presenta la alimentación en el verano, debido a las altas temperaturas, las cuales originan modificaciones en la composición de los alimentos, capaces de producir trastornos en el organismo, de intensidad variable, que puede ir desde el simple malestar a la más grave perturbación.*

*Los medios de que se dispone habitualmente para conservar los alimentos son las heladeras, que pueden ser las enfriadas con carga de hielo -las más comunes-, o bien por dispositivos mecánicos. Cabe señalar aquí las marcadas diferencias de seguridad que ofrecen los dos tipos antedichos, pues el ambiente interior de una heladera común es siempre superior a cinco grados centígrados y, a veces, a los diez grados centígrados. Esto último sucede cuando la carga de hielo es escasa o el aislamiento no es perfecto. No ocurre lo mismo cuando con las heladeras mecánicas, que producen temperaturas siempre inferiores a los cinco grados centígrados y de mantenimiento constante."<sup>13</sup>*

De esta manera, los nuevos elementos mecánicos se presentaron como beneficiosos en tanto indispensables para asegurar la salud y el bienestar de la familia. Pero, simultáneamente, el mismo texto señalaba los requerimientos que implicaba la conservación de los alimentos en la heladera:

*"Algunos alimentos son más sensibles a los cambios de temperatura que otros. Por ejemplo: la leche, la crema, las carnes, etc., se alteran con más facilidad que las verduras y las frutas. Quiere decir esto, que los primeros exigen mayor precaución en lo que se refiere a su conservación y, por lo tanto, hay que colocarlos en las zonas más frías de la heladera. Los alimentos deben retirarse de los paquetes, latas o envolturas y ser puestos en recipientes de loza o cristal. Los líquidos se mantendrán en envases cerrados".<sup>14</sup>*

Entonces, las tareas inherentes al ama de casa cambiaban, situación que implicaba el aprendizaje de nuevas que ya no se presentaban como naturales sino como procedimientos a seguir con cuidado y atención, como actividades racionales y eficientes:

*"Si tiene artefactos eléctricos para cocinar, tostar pan, secar los utensilios, úselos bien secos, no los moje ni los salpique y periódicamente revíselos para asegurar su estado".<sup>15</sup>*

El peronismo, abordó a partir de variadas estrategias esta redefinición de las tareas domésticas y de la función de ama de casa. La domesticidad, entonces no aparecía como algo natural, atributo propio de la condición femenina sino como algo que debía ser enseñado y aprendido. En un libro de texto para la escuela primaria, se expresaba claramente esta idea:

*"Una buena ama de casa debe poseer los secretos del arte culinario. La técnica moderna facilita en grado sumo las labores mecánicas y facilita la limpieza tan esencial en estas tareas. No cocina bien quien quiere, sino quien sabe; como todo arte, se aprende al lado de quien lo domine. En el hogar harán bien las niñas en comenzar a practicar desde temprano, teniendo en cuenta los consejos y las prácticas de los cursos de economía doméstica que se dictan en las escuelas."<sup>16</sup>*

Así, una buena ama de casa era producto de un aprendizaje, aprendizaje necesario para dominar la técnica moderna, condición indispensable para realizar las tareas domésticas. A su vez, este aprendizaje que se diferenció del tradicional recibido para el ejercicio de la función, no se lograba en el seno familiar sino a través de una institución ajena, portadora del

saber relevante, la escuela. Dentro de este saber, en el que se incluyó la economía doméstica, la adquisición del mismo se lograba mediante las pautas que el sistema educativo había establecido para los conocimientos que ya transmitía, por lo tanto éste no era producto de exclusivo de la voluntad ni de las características femeninas sino de la reflexión y el estudio sistemático.

Este aprendizaje no sólo resultaba de la aplicación de la técnica moderna al hogar sino que también era producto de importancia del rol del ama de casa para el bienestar familiar y por ende, de toda la sociedad. Como explicamos anteriormente, el discurso de la domesticidad ya había establecido esta relación, sin embargo la reelaboración de este discurso a partir de las exigencias impuestas por el proceso de modernización económica, cultural y política en las primeras décadas del siglo XX, conllevó una reformulación modernizadora de un nuevo prototipo femenino: la "Mujer Nueva" o "Mujer Moderna". (Nash, 1994:162) En esta imagen la relación entre bienestar familiar y eficacia de la labor femenina como ama de casa se plasmó más claramente. El libro de texto escolar, citado anteriormente, lo establece de esta manera:

*"Es indudable que una mujer inteligente, activa, hacendosa y honesta es el ideal para poder conducir un hogar por las sendas de la prosperidad, de la salud y de la alegría. Esas son las bendiciones que dios derrama sobre los hogares en los que reina la piedad, el amor, la ternura y la comprensión.*

*Afortunadamente, tal como está constituida nuestra sociedad, esas condiciones son comunes en los hogares argentinos, que representan, por otra parte, el reflejo y la continuidad de los hogares tradicionales".<sup>17</sup>*

La tensión entre tradición y elementos novedosos, se refleja con certeza en el texto donde, a pesar del intento de establecer una continuidad con el discurso de la domesticidad (reflejado en los valores reinantes en el hogar) se establecieron las características centrales de un ama de casa eficiente: inteligencia, honestidad y presencia activa.

La política sanitaria peronista, elaboró una iniciativa particular que se enmarcaba dentro de la redefinición del discurso de la domesticidad pero que adquirió un protagonismo notable: la Cocina de la Salud. La Dirección de Cultura Sanitaria utilizó los medios de comunicación masivos para propagar la educación sanitaria, de esta manera creó un proyecto de audiciones de radio. Esta programación que incluía localidades del interior<sup>18</sup> estaba formada por: Confidencias de un médico, Radioescuela de la Salud, Cinco minutos para usted, Nace una vida, La Cocina de la Salud<sup>19</sup>; y a estas luego se sumaron, Por las huellas de la patria, Los grandes intérpretes de la música.

ca<sup>20</sup>, La vida del Doctor Tomás Perón<sup>21</sup>. De ella dos tenían a las mujeres como público privilegiado: Nace una vida y La Cocina de la Salud. Pero la Cocina de la Salud, poco a poco, encaró a partir del programa radial nuevas actividades. Estas actividades consistieron primero en cursos en los Grandes Almacenes Justicialistas y en Gath y Chaves y luego en la organización de multitudinarios actos públicos en diferentes barrios porteños cuyo propósito fundamental era la inscripción en cursos de clases prácticas a realizarse en clubes vecinos (Boca Juniors, Huracán). Esta misma estructura se difundió al interior del país.

Al mismo tiempo, otras acciones se desgajaron de estas: el servicio telefónico de consulta diaria del menú de la Cocina de la Salud en el Centro Sanitario de Rosario<sup>22</sup>, el dictado de un cursillo sobre dietética sin carne como de un curso para cocineros.<sup>23</sup>

Varias fueron las razones que impulsaron este emprendimiento; en primer lugar, la importancia de una alimentación correcta en sus aspectos nutritivos se enmarcaba dentro de los postulados sostenidos por el proyecto sanitario peronista.

De esta manera, se retomaron conceptos que formaron parte esencial del pensamiento eugenésico argentino. Se trataba de un discurso eugenésico fundamentalmente positivo y optimista que alentaba y enmarcaba preocupaciones de mejoramiento individual, colectivo y "racial". Apostando a mejoras ambientales era posible modificar positivamente el capital genético de la población; en ese contexto, los problemas de la herencia quedaban situados en un terreno donde la naturaleza y la nutrición - la crianza, el entorno social, la educación- se transformaban en factores decisivos en el proceso de gestación de los más aptos. Antes que buscar la pureza de la raza se trataba de su mejoramiento y fortalecimiento (Armus, 1996:97). En segundo lugar, la alusión a la búsqueda de una alimentación racional respondía a los reacomodamientos que sufrieron las propuestas estatales por la crisis económica de 1949. Dentro de esta línea, reafirmada por el Plan Económico de 1952, el discurso oficial solicitó a las mujeres su plena colaboración en tanto organizadoras del consumo doméstico (Bianchi y Sanchís, 1988:53). La Huerta de la Salud, actividad que derivó en 1952 de la Cocina de la Salud, persiguió claramente solucionar los problemas de consumo alimentario generados por la crisis. Para ello, propuso la creación de la huerta familiar gracias a la distribución gratuita de semillas; de esta manera buscó aunar criterios médicos alimenticios con necesidades económicas.

Finalmente, La Cocina de la Salud se presentó como una respuesta a los cambios que el rol de madre, esposa y ama de casa, sufrieron con la

incorporación de la mujer al mundo del trabajo. En la Argentina, en 1950 la participación femenina en el mundo del trabajo se calcula en un 32% y se concentró en los rubros: textil, docente, servicio doméstico, comercio, sanidad, bancos privados y costura a domicilio. El mensaje se inserta en un mundo occidental donde las mujeres y especialmente las mujeres casadas, acrecientan su protagonismo en el mundo laboral, al tiempo que se modifican las ideas acerca de cuál debe ser el papel público de la mujer. Para el estado peronista la situación no pasa desapercibida (Girbal- Blacha, 1997:219).

*"Hicimos un estudio sobre qué es lo que comen los obreros en los barrios periféricos de la Capital Federal, y comprobamos que había una tendencia muy marcada a no cocinar. Incluso había familias que ya vivían exclusivamente de queso, fiambres, sardinas, pan, café con leche. Es decir, que no cocinaban y ése es un factor tremendo de enfermedades. Antes este problema hemos tratado, por indicación del General Perón, de llegar al pueblo, y decirle cómo es fácil preparar cualquier comida, sin tener mucha ciencia ni mucho tiempo disponible. Éste es el origen de la creación de la Cocina de la Salud".<sup>24</sup>*

Así, los instrumentos y estrategias que la política sanitaria elaboró con destino al ama de casa respondieron a diversos objetivos. Primero la creación de la conciencia sanitaria popular, objetivo de la concepción sanitaria que el Estado peronista planteaba en correlato con la nueva relación entre Estado y sociedad que buscaba establecer. Así, el ama de casa, responsable tradicional de la salud familiar, se convirtió en receptor y agente de estas políticas. A su vez, los nuevos requerimientos sociales y económicos transformaron el ideal doméstico: una "Nueva Ama de Casa" surgió y se consolidó.

Esta "Nueva Ama de Casa" era producto de un aprendizaje racional sistemático y necesario para incorporar los conocimientos técnicos que esta función requirió. El Estado Peronista se convirtió en un actor que bajo diversas iniciativas estimuló este proceso.

### **La Nueva Ama de Casa también es Nueva Ciudadana**

La obtención de la ciudadanía, acompañó y consolidó el proceso analizado. El análisis de este proceso nos plantea algunas preguntas sobre su carácter y desarrollo como su capacidad de brindar un nuevo marco de acción al reelaborado discurso de la domesticidad.

Pateman sostiene que la ciencia política, transmitió el logro del sufragio universal como un largo proceso, que se llevó a cabo por una lógica



extensión gradual del derecho de votar a todos los adultos. De hecho, tales mojones actualmente marcaban dos desarrollos: uno, la ampliación del derecho de votar masculino, dos, la negación del voto a las mujeres. (Pateman, 1994:333-334).

El sufragio femenino, permitía la participación en el gobierno del estado, que era percibida como un problema, y además amenazaba la estructura patriarcal de las relaciones entre los sexos y las concepciones de masculinidad y feminidad. Tres argumentos fueron utilizados por las sufragistas para atacar la percepción de la diferencia sexual como diferencia política: la promesa a las mujeres inherente en el lenguaje universal de libertad individual e igualdad, los derechos de los ciudadanos y el consentimiento de los gobernados, debía ser cumplida. Segundo, sostuvieron que el sufragio era vital para que las mujeres pudieran llevar adelante su trabajo en la esfera privada en un contexto moralmente aceptable. Por último, el argumento elaborado era que las mujeres tenían una contribución distintiva y valiosa que hacer. Hacia el inicio del siglo XX, los sufragistas señalaban la creciente preocupación legislativa en el bienestar social, y sostenían que las mujeres, quienes estaban a cargo del bienestar de sus familias y habían sido por largo tiempo alentadas a dedicarse al trabajo caritativo y filantrópico, tenían conocimientos y habilidades especiales para llevar al terreno político. (Pateman, 1994:337).

El peronismo desde sus orígenes impulsó la movilización de mujeres. Las causas de esta movilización han sido explicadas a partir de las necesidades del gobierno peronista de ampliación de sus bases de sustentación social. (Bianchi, 1988: 17-18). El sufragio femenino, otorgado en 1947, consolidó su inclusión en las políticas del Estado, si bien durante la campaña electoral de 1947 se esbozaron los principales rasgos de una identidad femenina- la de la mujer peronista- y a partir de allí se propuso un sistema de valores que oriente las actitudes y conductas de las mujeres, posteriormente este imaginario iría cobrando rasgos más precisos de acuerdo con las mismas necesidades que se plantean desde el Estado. (Bianchi, 1988:51).

Este proceso, se enmarcó dentro de uno más amplio que refundió el problema total de la ciudadanía en un molde nuevo, de carácter social. El discurso peronista negó la validez de la separación, formulada por el liberalismo, entre el Estado y la política por un lado y la sociedad civil por otro. La ciudadanía ya no debía ser definida más simplemente en función de derechos individuales y relaciones dentro de la sociedad política sino redefinida en función de la esfera económica y social de la sociedad civil. De esta manera se desafiaba en forma explícita la validez de un concepto de democracia que la limitaba al goce de derechos políticos formales, y a la

vez ampliaba ese concepto hasta hacerlo incluir en la participación en la vida social y económica de la nación. (James 1990: 29-30).

Para las mujeres, los dos procesos, la obtención de la ciudadanía política y social se entremezclaron. Para Plotkin (1993: 256) la integración de las mujeres a la vida política era importante para el régimen por dos motivos. En primer lugar, Perón necesitaba ampliar su base política y el electorado femenino proveía territorio fértil para la obtención de nuevos votos. Pero en segundo lugar Perón percibía a las mujeres como misionarias potenciales que podrían esparcir el mensaje peronista en los hogares, facilitando de esta manera la obtención de la codiciada "unidad espiritual". Para el régimen, por lo tanto, las mujeres no sólo eran importantes como votantes, sino también como madres y esposas.

Por lo tanto, ambos desarrollos no serán contradictorios. Lobato (1997:49) sostiene que la obtención de los derechos políticos por parte de las mujeres no significó una ruptura con las imágenes que se venían construyendo desde principios de siglo. La definición de la ciudadanía política se realiza en términos morales y funcionales a la nación. La mujer se identifica con el pueblo y con la abnegación y sacrificio atribuidos a la mujer-esposa- madre. La legitimación de la participación política para las mujeres se realiza en tanto debe defender la mesa familiar, sus hijos, el pan, el techo, los sueños. La participación política de las mujeres es legitimada del mismo modo que su ingreso al mundo del trabajo vía defensa del hogar y de sus hijos. Por ese camino fue como se obtuvieron numerosos beneficios en el campo de los derechos políticos y sociales.

Nash (1995a) reafirma la idea de pensar la obtención de la ciudadanía femenina como un proceso diferenciado y con características propias. El ideal de la domesticidad, que puso el acento en la maternidad biológica como su reelaboración posterior con la definición de la "maternidad social" dispuso las bases para una ciudadanía diferenciadora de género, una ciudadanía social para las mujeres fundamentada en la reproducción humana pero también en las prestaciones sociales garantes del bienestar social y una ciudadanía política de los hombres, de "lucha en el ambiente externo", en el espacio público. (Nash 1995a:203).

Por lo tanto, la elaboración de un concepto de ciudadanía diferencial, específico de las mujeres, basado en aspectos sociales y no políticos como la domesticidad y la identidad cultural femenina como madre se convirtió en legitimadora de las demandas sociales y políticas de las mujeres. Así, el esencialismo biológico de una conceptualización de la identidad femenina basada en la categorización cultural de madre abrió un espacio social público de ciudadanía diferenciada, que ignoraba los principios de igualdad e

individualidad. (Nash 1995b:249).

De esta manera, el peronismo desarrolló una reelaboración del ideal de domesticidad que se complementó claramente con el acceso a la ciudadanía. No fueron dos aspectos contradictorios sino que se reforzaron mutuamente para lograr los objetivos de la política peronista. Las mujeres se convirtieron en ciudadanas a partir de su condición de madres y amas de casas.

### Algunas conclusiones

El peronismo desarrolló una política sanitaria basada en una imagen de la adscripción de las mujeres al mundo doméstico en sus funciones tradicionales de madre, esposa y ama de casa, esto surgió para obtener, en gran medida, una población fuerte y sana. El Estado necesitó de estos roles tradicionalmente femeninos para sus fines de riqueza y crecimiento económico. Además, en épocas de crisis económica, para el logro de estos objetivos, fue fundamental su aporte como organizadora y reguladora del consumo. De esta manera, el estado buscó amortiguar los cambios que trajeron la incorporación femenina al mundo del trabajo.

Paralelamente, las mujeres en tanto trabajadoras del estado, particularmente del sistema sanitario, se convirtieron en agentes activos que llevaron adelante las acciones y estrategias planteadas. Esta función la pudieron ejercer, en gran medida, a raíz de su identidad de género y de su condición biológica y social de madres.

La función del ama de casa fue redefinida, normatizada y regulada a partir tanto de los requerimientos sociales, económicos y políticos que el Estado elaboró como de los cambios que trajo su incorporación al mundo del trabajo. Esta reelaboración del ideal de la domesticidad acompañó, permitió y fundamentó el acceso a la ciudadanía. Las mujeres en tanto madres y esposas, entendidas estas funciones en su concepto más amplio de "maternidad social", legitimizaron su incorporación plena a un mundo público, hasta entonces vedado.

### Notas

<sup>1</sup> Segundo Plan Quinquenal. Año 1952. Capítulo 7. Apartado VII. G. 17

<sup>2</sup> Segundo Plan Quinquenal. Año 1952. Capítulo 7. Apartado VII. G. 1

<sup>3</sup> Los Centros de Salud se clasificaron en cinco categorías de acuerdo con el número de habitantes de su zona de influencia como de los servicios y acción que desarrollaban. Reglamento básico de centros sanitarios y de salud. Resolución N° 46.074 del 21 de mayo de 1952. en Boletín del Día N° 579. Ministerio de Salud Pública de la Nación. 29 de mayo de 1952. Pág. 865, 866 y 867.

- <sup>4</sup> Reglamento básico de centros sanitarios y de salud. Resolución N° 46.074 del 21 de mayo de 1952 en Boletín del Día N° 579. Ministerio de Salud Pública de la Nación. 29 de mayo de 1952. Pág. 865, 866 y 867.
- <sup>5</sup> Resolución n° 27.945 del 28 de setiembre de 1950 en Boletín del Día N° 180. Ministerio de Salud Pública de la Nación. 2 de octubre de 1950. Página 1508.
- <sup>6</sup> Resolución N° 32.065 del 23 de febrero de 1951 en Boletín del Día N° 278. Ministerio de Salud Pública de la Nación. 27 de febrero de 1951. Página 384.
- <sup>7</sup> Boletín del Día N° 215. Ministerio de Salud Pública de la Nación. 23 de noviembre de 1950. Página 1812.
- <sup>8</sup> Boletín del Día N° 332. Ministerio de Salud Pública de la Nación. 18 de mayo de 1951. Página 909.
- <sup>9</sup> Resolución N° 25.768 del 11 de Julio de 1950 en Boletín del Día N°124. Ministerio de Salud Pública de la Nación. 12 de julio. Página 1033
- <sup>10</sup> Los cursos auxiliares que organizaba el Instituto para el año 1951 aparecen en el Boletín del Día N° 287. Ministerio de Salud Pública de la Nación. 12 de marzo de 1951. Página 477. Estos incluyen una amplia variedad de propuestas; a pesar de que no constituyó la única actividad si la orientada a un público más diverso.
- <sup>11</sup> Resolución N° 40.043 del 14 de noviembre de 1951 en Boletín del Día N° 450. Ministerio de Salud Pública de la Nación. 19 de noviembre de 1951. Página 2048.
- <sup>12</sup> Boletín del Día N° 461. Ministerio de Salud Pública de la Nación. 4 de diciembre de 1951. Página 2157.
- <sup>13</sup> Libro de la Salud. Dirección de Cultura Sanitaria. Ministerio de Salud Pública de la Nación. Febrero de 1952. Pág. 15 y 16.
- <sup>14</sup> Idem. Pág. 16.
- <sup>15</sup> Idem. Pág. 42.
- <sup>16</sup> Bautista Aizcorbe, Alberto E. J. Fesquet, Juan Manuel Mateo. (1950) La mujer en la sociedad. Conocimientos básicos. Serie para 6° Grado. Buenos Aires, Ed Kapelus. Pág.64.
- <sup>17</sup> Idem, Pág. 17.
- <sup>18</sup> Se realizaban audiciones de radio similares a las de Buenos Aires en Salta, Córdoba, Rosario, Mendoza, Paraná, Chaco, Corrientes, Neuquén, Bahía Blanca, Tucumán, La Plata y Concordia. En el Boletín del Día N° 334 Ministerio de Salud Pública de la Nación. 2 de mayo de 1951. Página 924.
- <sup>19</sup> Boletín del Día N° 334. Ministerio de Salud Pública de la Nación. 22 de mayo de 1951. Página 924
- <sup>20</sup> Boletín del Día N° 345. Ministerio de Salud pública de la Nación. 8 de junio de 1951. Página 1039.
- <sup>21</sup> Boletín del Día N° 393. Ministerio de Salud Pública de la Nación. 27 de agosto de 1951. Página 1489.
- <sup>22</sup> Boletín del Día N° 509. Ministerio de Salud Pública de la Nación. 14 de febrero de 1952. Página 258.
- <sup>23</sup> Boletín del Día N° 514. Ministerio de Salud Pública de la Nación. 21 de febrero de 1952. Página 303.
- <sup>24</sup> Progreso de la medicina sanitaria en la República Argentina. Tercera Conferencia del ciclo "Recientes conquistas de la sanidad argentina" pronunciada el 21 de febrero de 1951 en (1974) Contribuciones al conocimiento sanitario. Obras Completas II. Buenos Aires, Eudeba. Pág. 388-389.

## Bibliografía

- ARMUS, Diego (1996) *"Salud y anarquismo. La tuberculosis en el discurso libertario argentino 1890-1940"* en Lobato, Mirta Z. (1996) *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos.
- BELMARTINO, S. y BLOCH, C. (1980) *"La política sanitaria argentina y las estrategias de desarrollo"* en Cuadernos Médicos Sociales N° 14.
- BINACHI, S. y SANCHÍS, N. (1988) *El partido Peronista Femenino*. Buenos Aires, Centro Editor De América Latina.
- BOCK, Gisela y THANE, Pat (eds) (1996) *Maternidad y políticas de género. La mujer en los estados de bienestar europeos, 1880-1950*. Madrid, Ediciones Cátedra, Universidad de Valencia. Instituto de la Mujer.
- COTT, Nancy F. *"Mujer moderna, estilo norteamericano: los años veinte"* en Duby, G. y Perrot, M. (1993) *Historia de las mujeres. El siglo XX*. Madrid, Taurus
- CUCUZZA, Héctor Rubén (dirección) (1997) *Estudios de la historia de la educación durante el primer peronismo. 1943-1945*. Buenos Aires, Editorial los libros del riel.
- DILISCIA, María Herminia, RODRÍGUEZ, Ana María y BILLOROU, María José (1998) *"El proyecto sanitario de Ramón Carrillo: un análisis desde la perspectiva de género"*. Ponencia presentada en Simposio *"Actores, ideas y proyectos políticos de la Argentina Contemporánea"*. IEHS, Universidad Nacional del Centro, Tandil
- DI LISCIA, María Herminia (1999) *"Ser madre es un deber. (La maternidad en los gobiernos peronistas, 1946-1955)"* en Villar, D. Di Liscia, M. H. y Cavaglia, J. (eds) *Historia y género. Seis estudios sobre la condición femenina*. Buenos Aires, Biblos.
- FARGE, Arlette (1991) *"La historia de las mujeres. Cultura y poder de las mujeres: ensayo de historiografía"* en Historia Social N°9. Valencia, Universidad de Valencia.
- FRANCO, Marcela y PULIDO, Nora (1997) *"¿Capitanas o guardianas del hogar? De-seos y mandatos en la Argentina peronista"* en Boletín Americanista N°47. Barcelona: Universidad de Barcelona. Facultad de Geografía e Historia, Sección de Historia de América.
- GAGGERO, H. y GARRO, A. (1997) *"Los caminos hacia la construcción de una política de seguridad social (1945-1955)"*. Ponencia presentado en las VI Jornadas Interescuelas-Departamentos de Historia. Santa Rosa, La Pampa.
- GIRBAL-BLACHA, Noemi (1997) *"El hogar o la fábrica. De costureras y tejedoras en la Argentina Peronista (1946-1955)"* en Revista de Ciencias Sociales N°6. Septiembre de 1997. Universidad Nacional de Quilmes
- GIRBAL-BLACHA, Noemi (1999) *"Historia y cultura en la construcción del discurso político peronista"*. Inédito.
- JAMES, Daniel (1990) *«Resistencia e Integración. El peronismo y la clase trabajadora argentina 1946-1976»*. Buenos Aires, Editorial Sudamericana.
- LÓBATO, Mirta Zaida (1997) *"El Estado en los años treinta y el avance desigual de los derechos y la ciudadanía"* en Estudios Sociales, Revista Universitaria Semestral. Año VII, N° 12, Santa Fe, Argentina, 1° semestre de 1997, págs. 41-58.
- NARI, Marcela (1995) *"La educación de la mujer"* en Mora, Revista del Area Interdisciplinaria de Estudios de la Mujer N° 1. Facultad de Filosofía y Letras. Buenos Aires.
- NASH, Mary (1994) *"Experiencia y aprendizaje: la formación histórica de los feminismos en España"* en Historia Social, Número 20, otoño 1994.
- (1995a) *"Identidades, representación cultural y discurso de género en la España Contemporánea"* en Chalmeta. Pedro: Checa Cremades, Fernando, et al; *Cultura y culturas*



- en la Historia. Salamanca, Universidad de Salamanca.
- (1995b) "Género y ciudadanía". En *Ayer Política en la Segunda República*, N°20.
- (1999) *Rojas. Las mujeres republicanas en la Guerra Civil*. Madrid, Taurus.
- NOLAN, Melanie, DALEY, Caroline (1994) "International Feminist Perspectives on Suffrage: An Introduction" en Nolan, M., Daley, C (1994) *Suffrage and Beyond. International feminist Perspectives*. New York, New York University Press.
- PATEMAN, Carole (1994) "Three questions about womanhood suffrage" en Nolan, M., Daley, C (1994) *Suffrage and Beyond. International feminist Perspectives*. New York, New York University Press
- PLOTKIN, Mariano (1993) *Mañana es San Perón. Propaganda, rituales políticos y educación en el régimen peronista (1946-1955)*. Buenos Aires, Ariel.
- ROMERO, Luis Alberto (1994) *Breve historia contemporánea de la Argentina*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- SIIM, Birte (1998) *Towards a Gender Sensitive Framework for Citizenship. Comparing Denmark, Britain and France*. En Jet Bussemaker ed. (1998) *Citizenship and the Transition of European Welfare States*. London/New York, Routledge.

### Comentario

En su conjunto, se trata de un trabajo interesante que merece publicarse en la revista La Aljaba.

Mary Nash  
Universidad de Barcelona - España